Хроническая обструктивная болезнь легких и артериальная гипертензия: пути решения проблемы

К. А. Зыков[1], Л. Г. Ратова[2], Е. А. Дмитриева[1], Л. Ю. Матько[1], Е. И. Соколов[1]

[1] *Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова*

[2] *Российский кардиологический научно-производственный комплекс, г. Москва*

Цель статьи: представить рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии (АГ) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), составленные Российским медицинским обществом по артериальной гипертонии и Российским респираторным обществом.

Основные положения. Сочетание АГ и ХОБЛ представляет значительную проблему для практических врачей из-за их взаимного отягощения и ограничений в использовании антигипертензивных и бронхолитических препаратов. В данном обзоре описаны первые как в России, так и в Европе практические рекомендации по диагностике и лечению пациентов с ХОБЛ и АГ, созданные под эгидой Российского респираторного и медицинского обществ по АГ. В статье приведены основные положения Рекомендаций по выявлению и последовательному подходу к лечению пациентов с сочетанием АГ и ХОБЛ.

Заключение. Активное практическое использование Рекомендаций, может улучшить качество жизни больных, снизить количество побочных эффектов лечения, обеспечить преемственность лечения на различных этапах, оптимизировать расходы на терапию и в конечном итоге повысить качество лечения пациентов с АГ и ХОБЛ.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), артериальная гипертония (АГ), коморбидность, клинические рекомендации.

Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Hypertension: Ways Forward

K. A. Zykov[1], L. G. Ratova[2], E. A. Dmitrieva[1], L. Iu. Matko[1], E. I. Sokolov[1]

[1] *A. I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry*

[2] *Russian Cardiology Research and Production Complex, Moscow*

Purpose of the Paper: To summarize the guidelines for diagnosing and treating hypertension and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). These guidelines were developed by the Russian Medical Society on Arterial Hypertension and the Russian Respiratory Society.

Key Points: The combination of hypertension and COPD is a challenging problem for practitioners since these two conditions worsen each other; and the use of antihypertensive medications and bronchodilators is limited in patients who have both diseases. This paper describes the first Russian and European practical recommendations for diagnosing COPD and hypertension and treating these disorders when they coexist. These recommendations were developed by the Russian Respiratory Society and the Russian Medical Society on Arterial Hypertension. The paper includes the key concepts stated in the guidelines for identifying patients with hypertension and COPD and establishing consistent treatment plans for them.

Conclusion: The wide use of these guidelines in real-life practice can improve patients' quality of life, reduce the rates of side effects, contribute to continuity of care at different stages, minimize treatment costs, and, eventually, help reach better outcomes in treating hypertension and COPD.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease (COPD), hypertension, comorbidity, clinical guidelines and recommendations.

Лечение сочетанной патологии зачастую представляет собой сложную задачу для практического врача. Изменение клиники ввиду наличия нескольких нозологий, трудности диагностики с определением вклада каждой патологии в формирование клинической картины, необходимость коррекции диагностического алгоритма, особенности назначения терапии ввиду возрастающей вероятности развития побочных эффектов — все эти проблемы затрудняют ведение пациентов с сочетанной патологией.

Весомым является также организационный фактор: зачастую терапию конкретных нозологий (причем иногда в значительном объеме) назначают узкие специалисты, которые сосредотачиваются на «своей» патологии, поэтому врачу-терапевту приходится решать вопрос о том, как избежать полипрагмазии у пациента с несколькими коморбидными заболеваниями. Необходимо отметить, что, несмотря на частое использование термина «коморбидные состояния», единой его трактовки в настоящий момент не существует. При указании коморбидности описываются имеющиеся у пациента заболевания, отличные от патологии, которая рассматривается как основная. Например, у пациента с АГ и ХОБЛ для кардиолога коморбидной патологией являет-

Дмитриева Екатерина Александровна *— к. м. н., научный сотрудник лаборатории пульмонологии Научно-исследовательского медико-стоматологического института ГБОУ ВПО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России. 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1. E-mail: doctor.ru@rusmg.ru*

Зыков Кирилл Алексеевич *— руководитель лаборатории пульмонологии Научно-исследовательского медико-стоматологического института ГБОУ ВПО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России. 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1. E-mail: kirillaz@inbox.ru*

Матько Лариса Юрьевна *— к. м. н., научный сотрудник лаборатории пульмонологии Научно-исследовательского медико-стоматологического института ГБОУ ВПО МГМСУ им А. И. Евдокимова Минздрава России. 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1. E-mail: doctor.ru@rusmg.ru*

Ратова Людмила Геннадиевна *— старший научный сотрудник отдела гипертонии НИИ клинической кардиологии им. А. Л. Мясникова ФГБУ РКНПК Минздрава России. 121552, г. Москва, ул. 3-я Черепковская, д. 15а. E-mail: doctor.ru@rusmg.ru*

Соколов Евгений Иванович *— академик РАН, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии и профессиональных болезней ГБОУ ВПО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России. 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1. E-mail: doctor.ru@rusmg.ru*

ся ХОБЛ, а для пульмонолога — АГ. Терапевт в качестве основного, вероятнее всего, будет рассматривать клинически более тяжелое в конкретный момент времени заболевание. Чаще всего в практической работе приоритет в лечении пациента с коморбидными состояниями имеет патология с более яркой симптоматикой, что может приводить к недостаточной терапии патологического состояния, находящегося «в тени» [10]. Таким образом, наряду с полипрагмазией, зачастую встречается недостаточность терапии той или иной патологии. При этом при наличии множественной коморбидной патологии (а у пациента с ХОБЛ более чем в 90% случаев имеются два сочетанных заболевания и более), у больного могут присутствовать и «пере-», и «недоназначение» фармакотерапии в связи с различными заболеваниями.

По какой причине настолько актуально обсуждать сочетание именно АГ и ХОБЛ? Как известно, патологии сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем на сегодняшний день — самые распространенные заболевания. АГ и хронические обструктивные заболевания легких относятся к группе неинфекционных болезней (хронические болезни, не передающиеся от человека человеку). В Российской Федерации, по данным ВОЗ на 2010 год, смертность от неинфекционных заболеваний составляла 82% от общей смертности (помимо сердечно-сосудистых (ССЗ) и хронических респираторных заболеваний в тройку основных причин преждевременной смерти входит онкопатология) [16, 17]. Для лечения ССЗ и бронхолегочных заболеваний применяется широкий арсенал терапевтических и хирургических подходов. Однако лечение больных с сочетанием АГ и хронической обструктивной патологии легких остается серьезной проблемой, так как комбинация этих заболеваний приводит к значительному отягощению каждого из них [6, 10, 13], а применяемые антигипертензивные и бронхолитические препараты в ряде случаев обладают нежелательными эффектами, утяжеляющими течение коморбидной патологии.

В формировании структуры заболеваемости и смертности от патологии сердечно-сосудистой системы значимую роль играют АГ и ее осложнения. Это обусловлено как широким распространением данного заболевания — около 40% взрослого населения РФ имеет повышенный уровень артериального давления (АД), — так и тем, что АГ является важнейшим фактором риска основных ССЗ — инфаркта миокарда и мозгового инсульта, главным образом определяющих высокую смертность в РФ [2].

Болезни органов дыхания занимают четвертое место среди причин смерти в нашей стране [7]. Распространенность ХОБЛ, по данным ВОЗ, составляет 9,3 на 1000 населения среди мужчин и 7,3 на 1000 населения среди женщин старше 40 лет [17].

Лечение пациентов с коморбидными состояниями представляет не только медицинскую, но и важную экономическую проблему, так как на лечение лиц старше 65 лет с двумя и более одновременно существующими заболеваниями расходуется до 90% всех средств системы здравоохранения [15]. Это актуально не только при ССЗ и ХОБЛ, но и при сочетании нескольких хронических бронхообструктивных заболеваний. Например, расходы на лечение пациентов с сочетанием ХОБЛ и бронхиальной астмы (БА) на 37,1% выше, чем на больных ХОБЛ, не имеющих БА. При этом ответ на вопрос, нужен ли особый подход к ведению таких пациентов, в большинстве случаев приходится искать самому врачу, так как чаще всего в руководствах по лечению различных заболеваний указано лишь, что необходимо учитывать коморбидные состояния при назначении терапии. Надо отметить, что первый шаг в этом направлении сделан в последних международных рекомендациях по лечению ХОБЛ и БА, где отдельные главы посвящены именно сочетанию этих двух патологий [8, 9].

Необходимость акцентировать внимание на проблеме сочетания ХОБЛ и АГ обусловлена также тем, что наличие ХОБЛ и/или БА ведет к неадекватной антигипертензивной терапии [14] и недостаточной эффективности медицинской помощи в целом [5]. Возможно, это связано и с тем, что у пациентов с коморбидными заболеваниями меньше времени и ресурсов, чтобы уделять должное внимание каждому из заболеваний.

Помимо широкой распространенности АГ и ХОБЛ и высокого риска смерти при каждом из этих заболеваний в отдельности, важно отметить тот факт, что их сочетание приводит к значительному ухудшению прогноза пациента. Так, в рамках исследования, проведенного в 12 провинциях Канады в 2008–2009 гг., было продемонстрировано, что распространенность ХОБЛ у пациентов старше 35 лет составляет 8,2%. При этом было отмечено, что ее распространенность у пациентов с диабетом составляет 11,4% (95%-й ДИ: 11,35–11,44), с гипертензией — 10,0% (95%-й ДИ: 9,99–10,04), с тревожными расстройствами — 11,6% (95%-й ДИ: 11,57–11,66), с астмой — 26,3% (95%-й ДИ: 26,2–26,35).

Один из наиболее важных результатов проведенного исследования — установление того факта, что ХОБЛ ассоциирована со 140-процентным увеличением смертности при диабете и 154-процентным — при АГ [4].

Очевидно то, что с практической точки зрения невозможно создать рекомендации по лечению всех имеющихся комбинаций заболеваний, однако в неменьшей степени оправданна необходимость написания простых диагностических и лечебных алгоритмов для ведения пациентов с сочетанием ХОБЛ и АГ, важных с позиций заболеваемости и смертности. Данные алгоритмы могут быть изложены как в виде отдельных глав в рекомендациях по лечению АГ или ХОБЛ, так и в виде отдельного документа.

Именно поэтому в 2013 г. была представлена первая в Европе попытка комплексного описания современных подходов к лечению пациентов с АГ и ХОБЛ в рамках отдельного документа [1].

За его основу были приняты отечественные и международные рекомендации по ведению пациентов с АГ, ХОБЛ и БА (Российского медицинского общества по АГ, Европейского общества по АГ, Европейского общества кардиологов, Российского и Европейского респираторных обществ, Американского торакального общества и др.). В составлении рекомендаций принимали участие ведущие специалисты — пульмонологи и кардиологи РФ. Таким образом, данный документ является отражением согласованной позиции специалистов различных направлений (Российского медицинского общества по АГ и Российского респираторного общества), что очень важно при создании подобных рекомендаций. Прекрасно сознавая тот факт, что в практической медицине существует в настоящее время огромное количество рекомендаций по лечению различных патологий, авторы подготовленного документа сделали упор на возможность его практического применения. Используя изданные рекомендации по диагностике и лечению пациентов с АГ и ХОБЛ (далее — Рекомендации), врач сможет осуществлять не только ведение пациентов с сочетанием данных заболеваний, но и лечение изолированных

патологий, что сокращает общее количество используемых документов.

Какие основные характерные особенности имеют созданные Рекомендации? Необходимо начать с того, что они, так же как и другие современные клинические рекомендации, основаны на принципах доказательной медицины и в их тексте приведены уровни доказательности тех или иных утверждений. Для упрощения восприятия материала и облегчения использования Рекомендаций в практической деятельности резко сокращены разделы, посвященные патогенезу заболеваний и изложению теоретических материалов.

Что связывает ХОБЛ и АГ? Бронхообструктивные заболевания и АГ имеют ряд общих ФР, основным из которых является курение. Играют роль также факторы внешней среды, генетическая предрасположенность к развитию данных заболеваний и т. д. В опубликованных Рекомендациях приведены обсуждения основных контролируемых и неконтролируемых ФР, которые необходимо учитывать при выявлении АГ и/или ХОБЛ. При этом в качестве основного патогенетического механизма, объединяющего АГ и ХОБЛ, рассматривается активация системного воспалительного ответа, участвующего в формировании клинических проявлений этих заболеваний.

На *рисунке 1* представлена гипотетическая схема коморбидных отношений между ХОБЛ и АГ, приведенная в Рекомендациях. Обращает на себя внимание тот факт, что не только патогенетические механизмы развития ХОБЛ приводят к формированию АГ (что является признанным в течение многих лет), но и механизмы развития АГ способствуют формированию ХОБЛ.

Принятие данного, казалось бы, исключительно теоретического факта приводит к необходимости внесения важных корректив в практические алгоритмы выявления данных заболеваний. Представленные в схематическом виде диагностические подходы требуют активного выявления не только АГ у пациентов с ХОБЛ, но и бронхообструктивных заболеваний (ХОБЛ и БА) у пациентов с АГ, имеющих ФР развития данной респираторной патологии. Эта рекомендация требует от врача увеличения объема его активных действий, однако современные данные подтверждают правильность подобной позиции.

Так, в рамках многоцентрового обсервационного проспективного исследования, проведенного в Японии, оценивалась распространенность ХОБЛ у пациентов старше 40 лет, обращавшихся к врачу в связи с кардиологической патологией (n = 995) [12]. Пациентам на визите предлагали заполнить опросник CAT (COPD Assessment Test — оценочный тест по ХОБЛ) и затем выполняли спирометрическое исследование. Важно отметить тот факт, что ограничение воздушного потока, характерное для ХОБЛ, выявлено в 27% случаев, при этом 87,7% этих пациентов не имели ранее диагноза ХОБЛ. На основании полученных данных авторы статьи, опубликованной по материалам исследования, проведенного в этом году, делают важное заключение о высокой распространенности ХОБЛ среди пациентов с сердечно-сосудистой патологией, о выраженной недодиагностике бронхообструктивной патологии у данной категории больных, а также о необходимости рутинного активного выявления ХОБЛ у пациентов с ССЗ, что полностью совпадает с аналогичными положениями Российских рекомендаций.

В Рекомендациях подробно описаны анамнестические данные, на которые врачу предлагается обратить особое внимание, приведены опросники для пациентов, изложены

Рис. 1. Гипотетическая модель коморбидных отношений между артериальной гипертензией и хронической обструктивной болезнью легких [2]

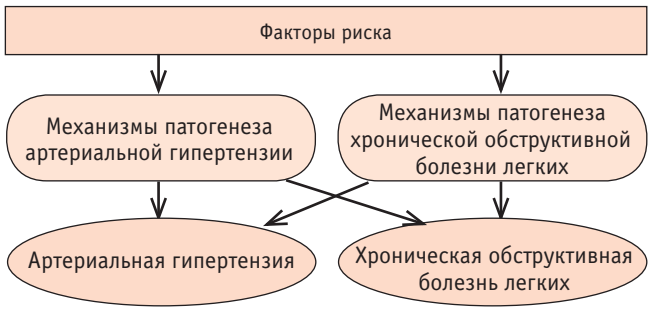
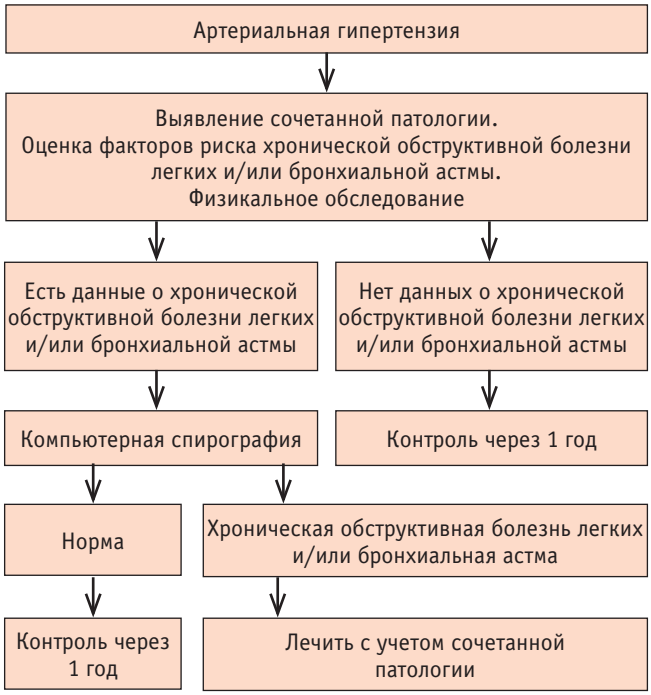


Рис. 2. Схема активного выявления бронхообструктивной патологии у пациента с артериальной гипертензией [2]



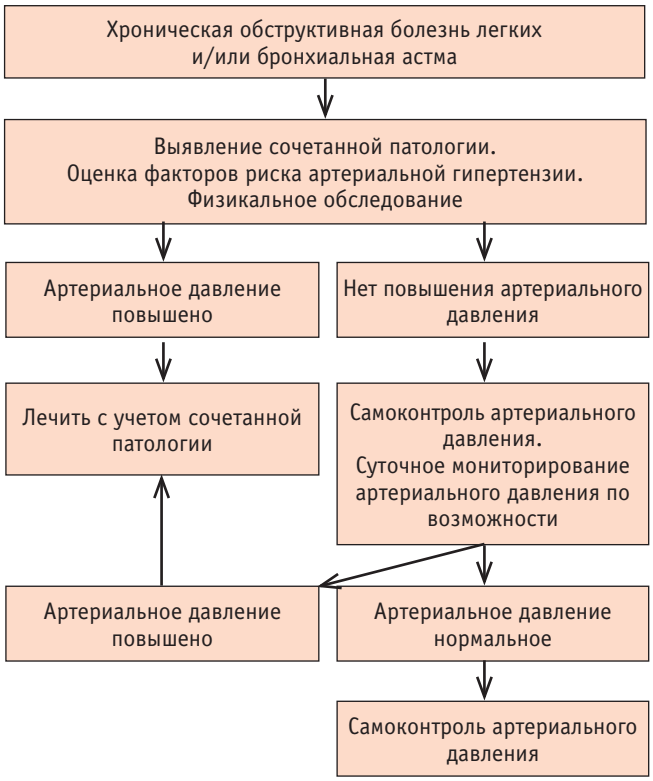
обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные методы обследования пациентов с АГ и ХОБЛ.

Принципиальный подход к выявлению бронхообструктивной патологии у пациентов с АГ показан на *рисунке 2*. Обратная ситуация — подход к выявлению АГ у пациентов с бронхообструктивной патологией — представлена на *рисунке 3*.

При изложении в Рекомендациях основных принципов лечения пациентов с коморбидной патологией используется подход, приведенный на *рисунке 4*.

В документе подчеркивается важность немедикаментозной терапии в лечении коморбидных больных. Отмечено также, что важным элементом является оценка вклада АГ и бронхообструктивной патологии в формирование клинической картины, так как еще профессор Н. М. Мухарлямов описывал подъемы АД на фоне нарастания бронхообструкции и снижение АД после купирования бронхоспазма и уменьшения явлений гипоксемии без применения гипотензивных препаратов. Таким образом, ступенчатый подход

Рис. 3. Схема активного выявления артериальной гипертензии у пациента с бронхообструктивной патологией [2]



(при наличии клинической возможности) может привести к снижению неоправданного назначения лекарственных препаратов (см. *рис. 4*).

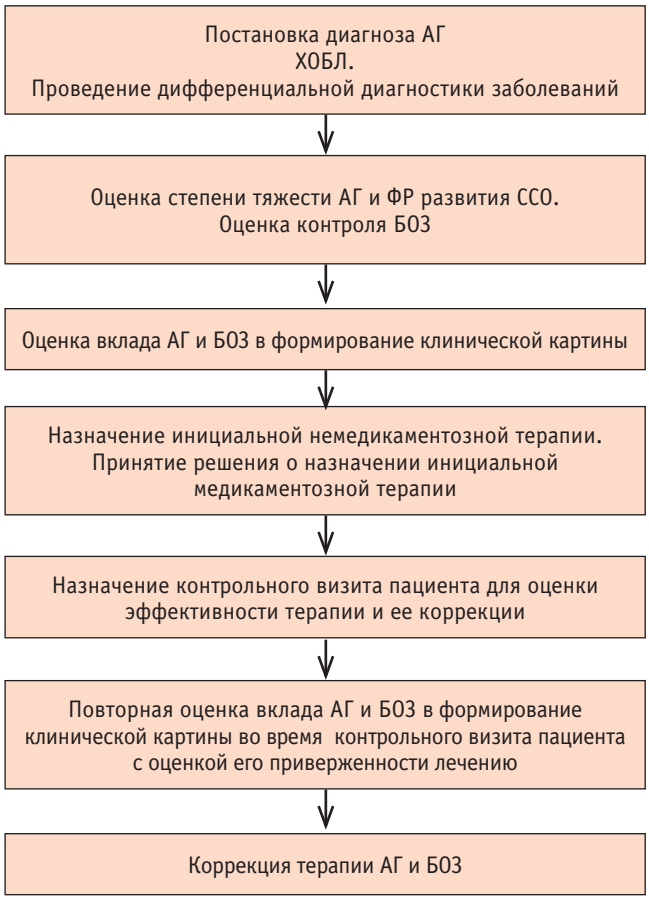
В описании лекарственной терапии, применяемой для лечения АГ и ХОБЛ у пациентов с сочетанной патологией, даны подробные сведения об основных классах антигипертензивных препаратов с акцентом на их безопасности при наличии бронхообструктивной патологии. Информацию об особенностях применения β-блокаторов, ингибиторов АПФ, диуретиков, антагонистов кальция и блокаторов $АТ_1$-рецепторов как при ХОБЛ, так и при БА врач может получить из текста Рекомендаций. Особое внимание уделено применению β-блокаторов в лечении ССЗ при наличии коморбидной ХОБЛ, астмы и сочетания ХОБЛ/астма.

«Насколько безопасны применяемые для лечения ХОБЛ бронхолитические препараты ($β_2$-агонисты, М-холинолитики, метилксантины) и ингаляционные глюкокортикостероиды при сердечно-сосудистой патологии?» — данный вопрос также освещен в тексте согласительного документа. «Монотерапия и комбинация препаратов», «Какой должна быть стартовая терапия?» — эти и многие другие проблемы описаны в Рекомендациях.

По многим позициям еще нет окончательного заключения, поэтому некоторые предлагаемые решения основаны лишь на мнении экспертов, что, несомненно, требует подтверждения в ходе последующих рандомизированных клинических исследований. Таким образом, Рекомендации не являются неким незыблемым окончательным документом, напротив, необходимо их постоянное совершенствование в соответствии с вновь получаемыми сведениями. Поэтому только в результате совместной работы специалистов-пульмонологов, кардиологов и терапевтов возможно их дальнейшее развитие.

Рис. 4. Последовательный подход к лечению пациентов с артериальной гипертензией и бронхообструктивной патологией [2].

Примечание. АГ — артериальная гипертензия, БОЗ —бронхообструктивные заболевания, ССО — сердечно-сосудистые осложнения, ФР — факторы риска, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких



Важно отметить, что опубликованные Рекомендации созданы таким образом, чтобы при работе с больными АГ и/или ХОБЛ врач не нуждался в дополнительных справочных пособиях: в отдельном разделе документа приведено описание всех методик, которые необходимо использовать при работе с такими пациентами, — от текста опросников и методики правильного измерения «офисного» АД до основных принципов проведения спирометрического исследования с бронхолитической пробой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, создание отдельных рекомендаций по диагностике и лечению пациентов с сочетанием АГ и ХОБЛ — один из возможных путей решения проблемы ведения таких больных в реальной клинической практике. Активное практическое использование представленных Рекомендаций, обобщающих современные подходы к проблеме сочетанной сердечно-сосудистой и бронхообструктивной патологии, может улучшить качество жизни больных, снизить количество побочных эффектов лечения, обеспечить его преемственность на различных этапах, оптимизировать расходы на терапию и в конечном счете повысить качество лечения пациентов с АГ и ХОБЛ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заболеваемость населения по основным классам, группам и отдельным болезням в 2000, 2009–2010 гг. // Российский статистический ежегодник. М., 2011. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b11_34/IssWWW.exe/Stg/d01/01-01.htm (дата обращения — 24.08.2014).
2. Чазова И. Е., Чучалин А. Г., Зыков К. А., Ратова Л. Г. Диагностика и лечение пациентов с артериальной гипертонией и хронической обструктивной болезнью легких (Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Российского респираторного общества) // Системные гипертензии. 2013. Т. 10. № 1. С. 5–34.
3. Шальнова С., Кукушкин С., Маношкина Е., Тимофеева Т. Артериальная гипертензия и приверженность терапии // Врач. 2009. № 12. С. 39–42.
4. Blanchette C. M., Gutierrez B., Ory C., Chang E. et al. Economic burden in direct costs of concomitant chronic obstructive pulmonary disease and asthma in a Medicare Advantage population // J. Manag. Care Pharm. 2008. Vol. 14. N 2. P. 176–185.
5. Camp P., Marciniuk D., Doucet M., To T. et al. The prevalence of COPD in individuals with diabetes, hypertension, asthma or mood/anxiety disorders: a Canadian population study. ERS, Annual Congress, 2012. P. 452.
6. Druss B. G., Marcus S. C., Olfson M., Pincus H. A. The most expensive medical conditions in America // Health Aff. (Millwood). 2002. Vol. 21. N 4. P. 105–111.
7. Fabbri L. M., Luppi F., Beghé B., Rabe K. F. Complex chronic comorbidities of COPD // Eur. Respir. J. 2008. Vol. 31. N 1. P. 204–212.
8. Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention, Global Initiative for Asthma (GINA), 2014. URL: http://www.ginasthma.org/ (дата обращения — 27.08.2014).
9. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2014. URL: http://www.goldcopd.org/ (дата обращения — 25.08.2014).
10. Hyman D. J., Pavlik V. N., Vallbona C. Physician Role in Lack of Awareness and Control of Hypertension // J. Clin. Hypertens. 2002. Vol. 2. N 5. P. 324–330.
11. Mannino D. M., Thorn D., Swensen A., Holguin F. Prevalence and outcomes of diabetes, hypertension and cardiovascular disease in COPD // Eur. Respir. J. 2008. Vol. 32. N 4. P. 962–969.
12. Noncommunicable diseases country profiles 2011. WHO global report, 2011. URL: http://www.who.int/nmh/countries/rus_en.pdf (дата обращения — 24.08.2014).
13. Onishi K., Yoshimoto D., Hagan G. W., Jones P. W. Prevalence of airflow limitation in outpatients with cardiovascular diseases in Japan // Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis. 2014. Vol. 29. N 9. P. 563–568.
14. Soriano J. B., Visick G. T., Muellerova H., Payvandi N. et al. Patterns of comorbidities in newly diagnosed COPD and asthma in primary care // Chest. 2005. Vol. 128. N 4. P. 2099–2107.
15. Wang P. S., Avorn J., Brookhart M. A., Mogun H. et al. Effects of noncardiovascular comorbidities on antihypertensive use in elderly hypertensives // Hypertension. 2005. Vol. 46. N 2. P. 273–279.
16. Wolff J. L., Starfield B., Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly // Arch. Intern. Med. 2002. Vol. 162. N 20. P. 2269–2276.
17. World Health Organization 2011. Reprinted 2011. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Global status report on noncommunicable diseases, 2010.